

Femme de 72 ans, obèse, présentant une douleur épigastrique s'aggravant progressivement depuis plusieurs heures, apparues au coucher, à l'issue d'un repas copieux.

Au moment de l'hospitalisation, la fièvre est à 38°5 avec des pics à 39°5, il existe une polynucléose neutrophile.

L'examen clinique montre un subictère conjonctival.

Les résultats du bilan plasmatique sont les suivants :

- globules blancs = 14600/mL,**
- ASAT = 45 UI/L, ALAT = 50 UI/L, PAL= 100 UI/L,**
- bilirubinémie totale = 12 umol/L, gGT = 60 UI/L,**
- amylasémie = 65 U/L,**
- CRP = 25mg/L.**

**1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
Quel est le diagnostic le plus probable et sur quels arguments?**

Femme de 72 ans, obèse, présentant une douleur épigastrique s'aggravant progressivement depuis plusieurs heures, apparues au coucher, à l'issue d'un repas copieux.

Au moment de l'hospitalisation, la **fièvre est à 38°5** avec des pics à 39°5, il existe une polynucléose neutrophile.

L'examen clinique montre un subictère conjonctival ???

Les résultats du bilan plasmatique sont les suivants :

- globules blancs = 14600/mL,
- ASAT = 45 UI/L, ALAT = 50 UI/L, PAL= 100 UI/L,
- bilirubinémie totale = 12 umol/L, gGT = 60 UI/L,
- amylasémie = 65 U/L,
- CRP = 25mg/L.

1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Quel est le diagnostic le plus probable et sur quels arguments?

angiocholite aiguë lithiasique :

Terrain : femme, obésité, hypercholestérolémie

Fièvre à 38,5°C avec douleurs continues et défense de l'hypochondre droit

Hyperleucocytose et CRP élevée

Subictère

Cholestase biologique

Autres diagnostics :

Appendicite aiguë sous-hépatique

Ulcère gastrique ou duodéal perforé

Pancréatite aiguë

Cancer colique droit abcédé

Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis

Hépatite virale aiguë

Pyélonéphrite aiguë

Abcès hépatique

Pneumopathie de la base droite

2. quel(s) examen(s) d'imagerie allez-vous demander en urgence ?

- **ASP** non recommandé

pour éliminer un pneumopéritoine (?) ou rechercher des signes
d'occlusion (??; ileus fonctionnel)
calculs vésiculaires calcifiés (pigmentaires)
aérobilie (fistule bilio-digestive)

- **Echographie abdominale** : vésicule biliaire + **voie biliaire principale et voies biliaires intra-hépatiques ; affirmer l'absence de dilatation +++**

- **Scanner** si échographie de réalisation ou de lecture difficile

Bien distinguer

La « colique hépatique » ou douleur biliaire: accident « mécanique » résolutif du à l'enclavement temporaire d'un calcul dans le siphon cystique ou à la migration d'un calcul dans la VBP

début brutal +++ le soir au début de la nuit ; HCD ou creux épigastrique irradiant vers l'épaule
signe de Murphy, inhibition respiratoire.
durée < 6 heures ; sédation spontanée ou sous traitement
absence de signes infectieux

La cholécystite aiguë : complication infectieuse de l'enclavement d'un calcul dans le siphon cystique

douleur biliaire prolongée > 6 heures
défense de l'HCD , Murphy ++ , fièvre

polynucléose neutrophile , VS élevée , CRP élevée

il faut d'urgence traiter le tableau infectieux

L'angiocholite aiguë lithiasique : complication infectieuse grave de la **voie biliaire principale** en amont d'un obstacle lithiasique

douleur biliaire prolongée > 6 heures
fièvre élevée (bilio-septique)

ictère +++ (pouvant n'être qu'un subictère conjonctival)

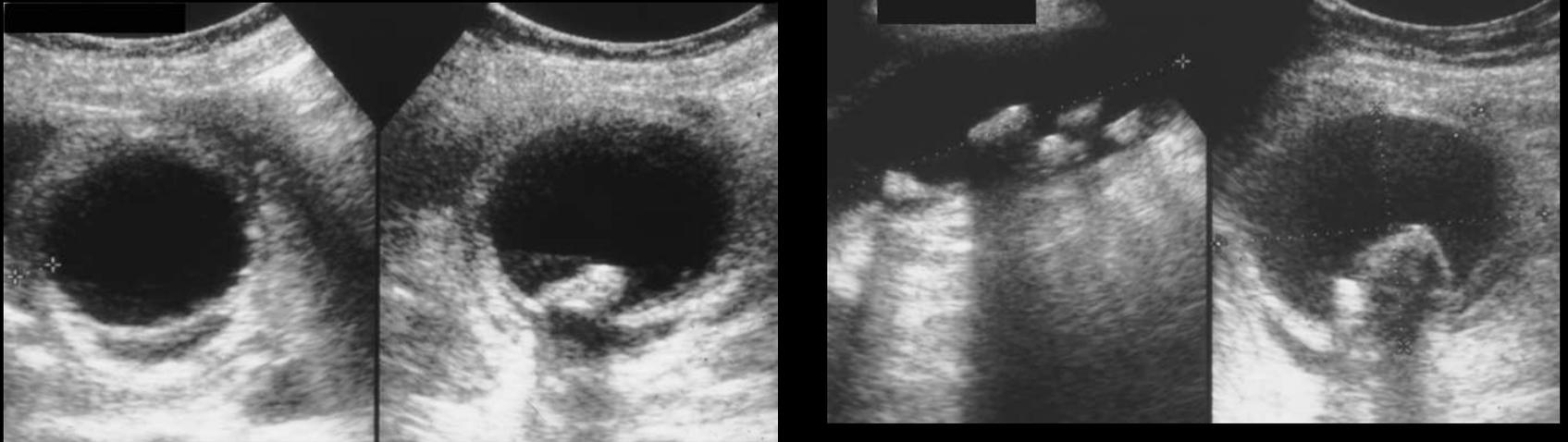
évoluant en 3 jours = **triade de Charcot**

retentissement sévère sur l'état général , complications rénales et cardio-pulmonaires de la septicémie d'origine biliaire

il faut d'urgence assurer le drainage de la VBP :

- **sphinctérotomie endoscopique et extraction du/des calculs**
- ou **chirurgie « ouverte »** : laparotomie , cholécystectomie , ablation des calculs de la VBP ± VBIH , drain de Kehr ou **coeliochirurgie**

3. l'échographie dans le cas proposé a montré les images suivantes :



Décrivez les principaux éléments sémiologiques.

Cet examen vous paraît-il suffisant pour décider de la thérapeutique ?

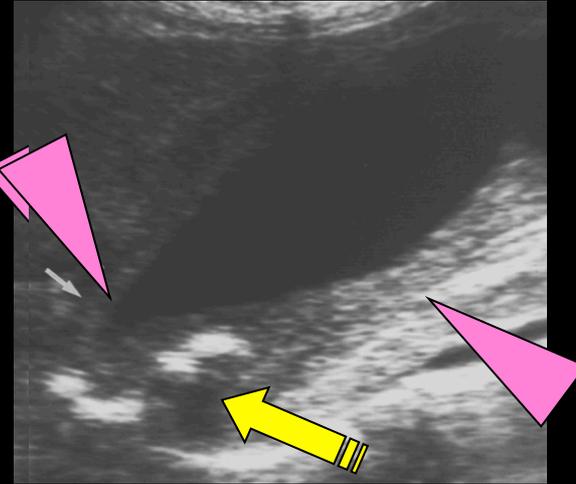
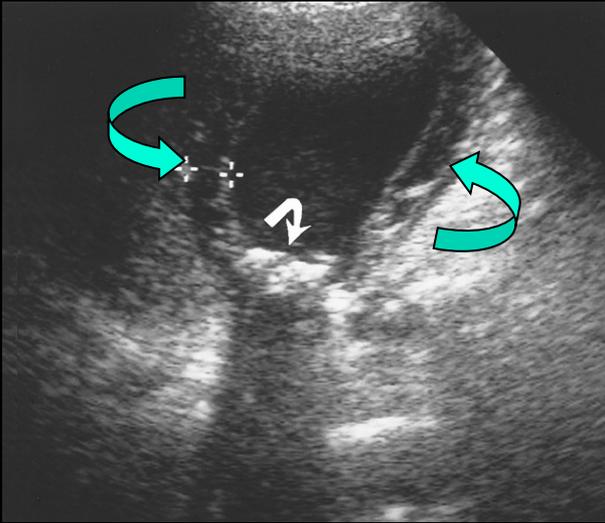
-présence de **calculs dans la vésicule biliaire** (structures échogènes endoluminales mobiles avec cône d'ombre acoustique postérieur)

-**paroi vésiculaire épaissie** (> 3mm) ,« feuilletée », dédoublée...

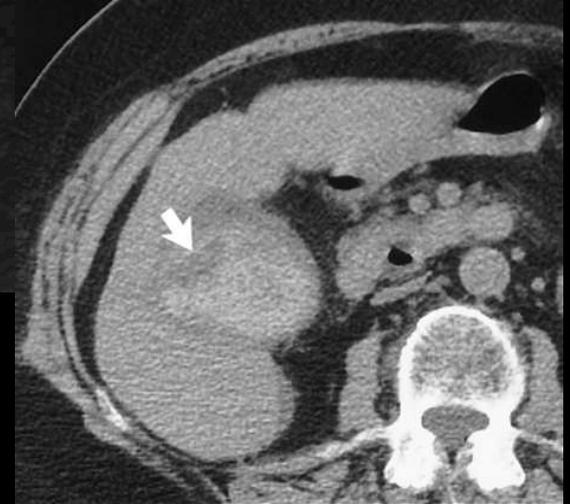
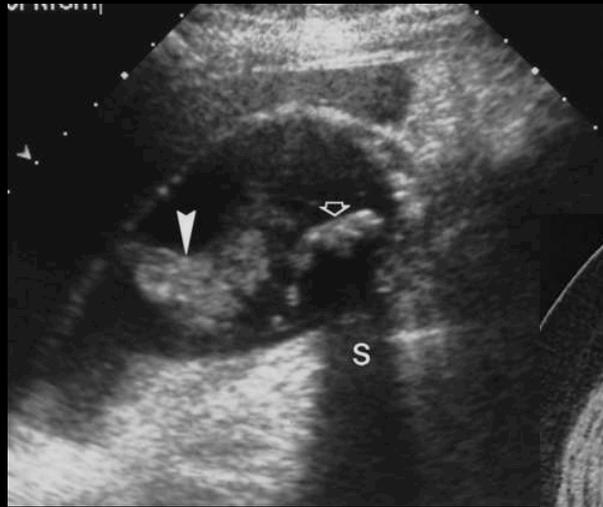
-**douleur provoquée** au passage de la sonde (« Murphy » échographique)

D' une façon générale , mais plus encore en présence d' un **subictère conjonctival** (et ou de **signes biologiques de migration calculeuse récente**, il faut **préciser la présence d' éventuels calculs dans la VBP +++**

4. Quel est alors votre diagnostic?

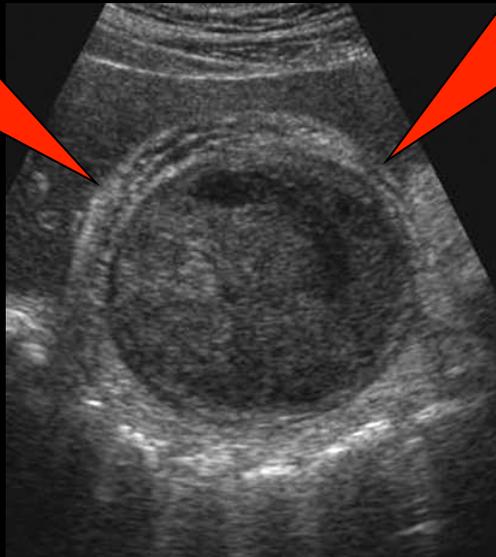


cholécystite aiguë lithiasique



cholécystite hémorragique

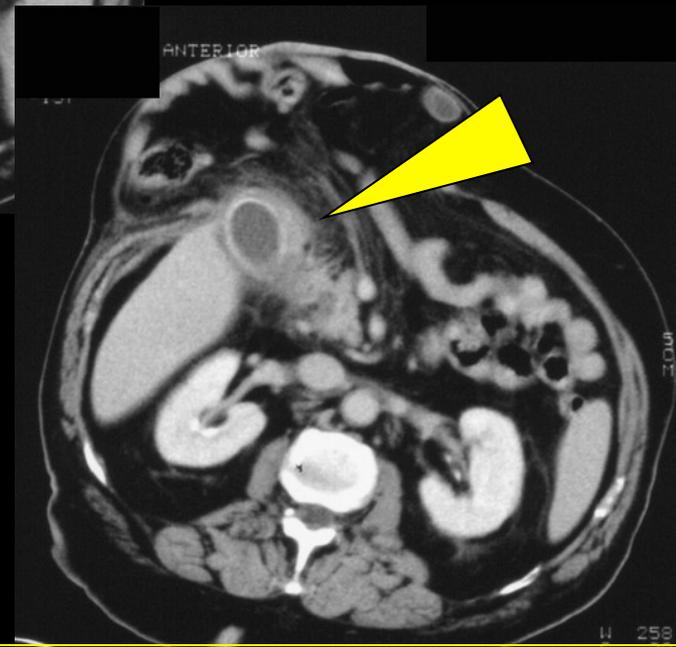
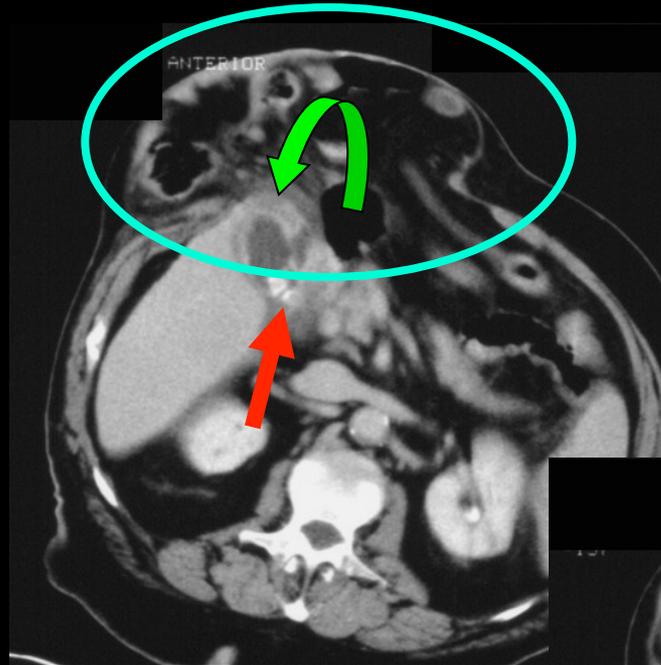
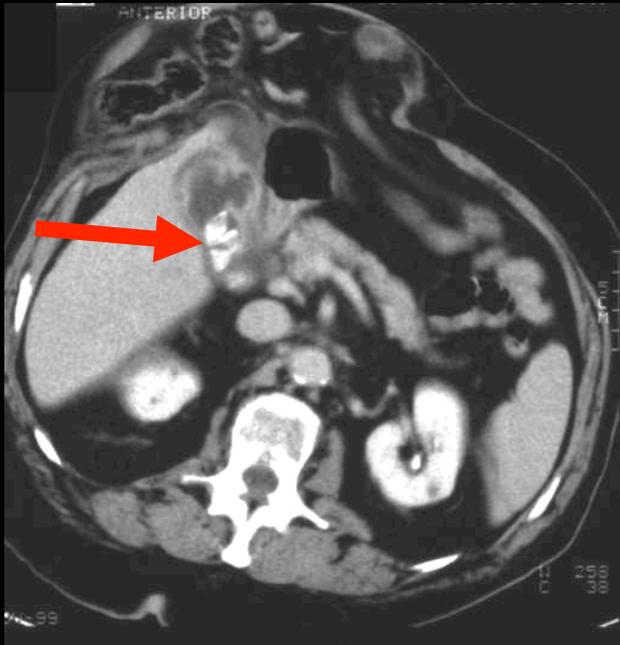
**cholécystite aiguë non lithiasique +++
malades de réanimation en nutrition parentérale**



cholécystite gangréneuse



**5. le scanner dans notre cas a montré les images suivantes :
Décrivez les principaux éléments sémiologiques.**



**présence de calculs vésiculaires
épaississement de la paroi
Infiltration de la graisse péritonéale
périvésiculaire**

(« plastron »)

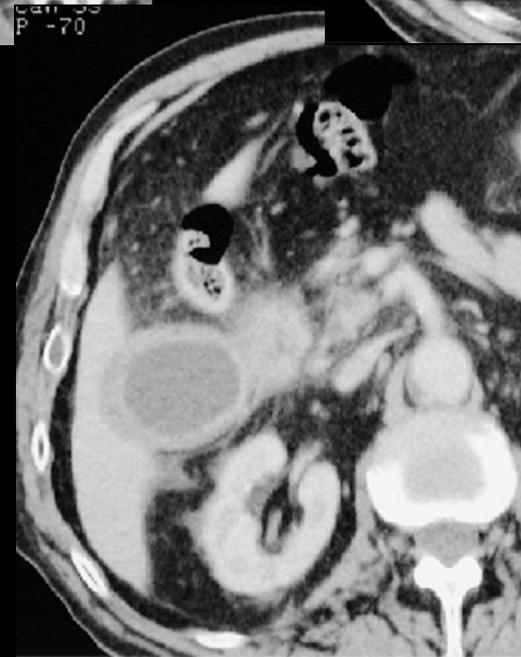
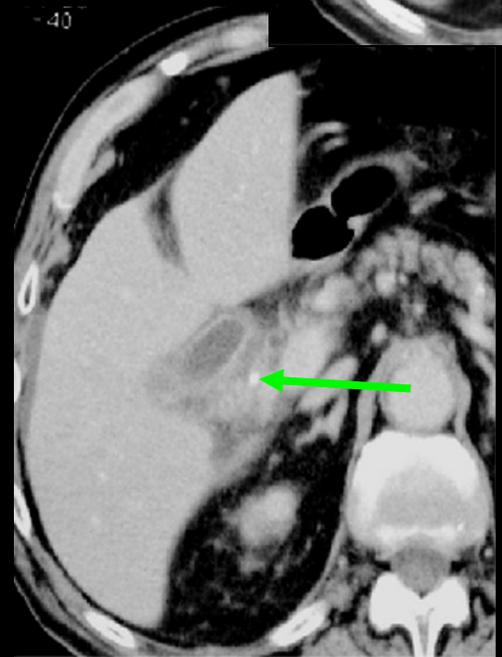
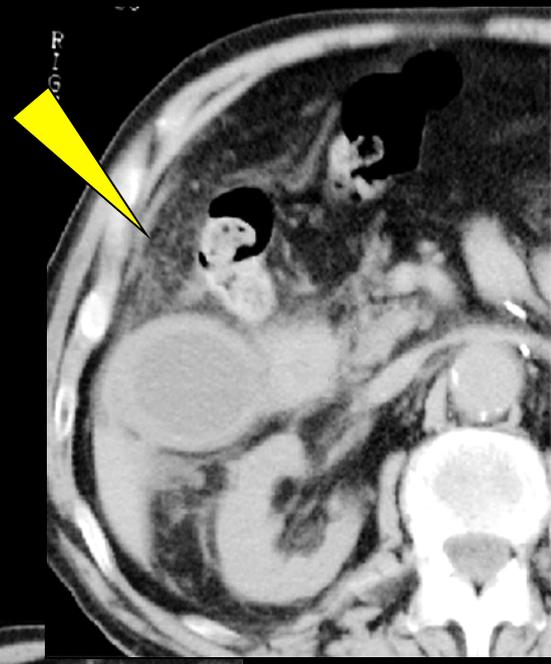
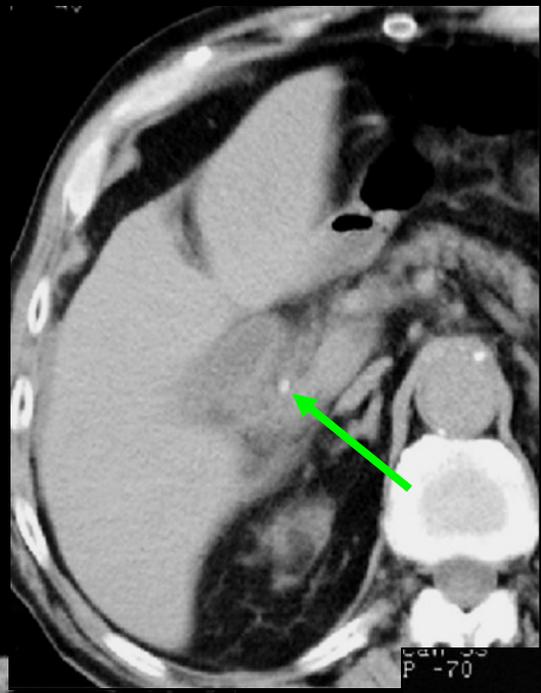
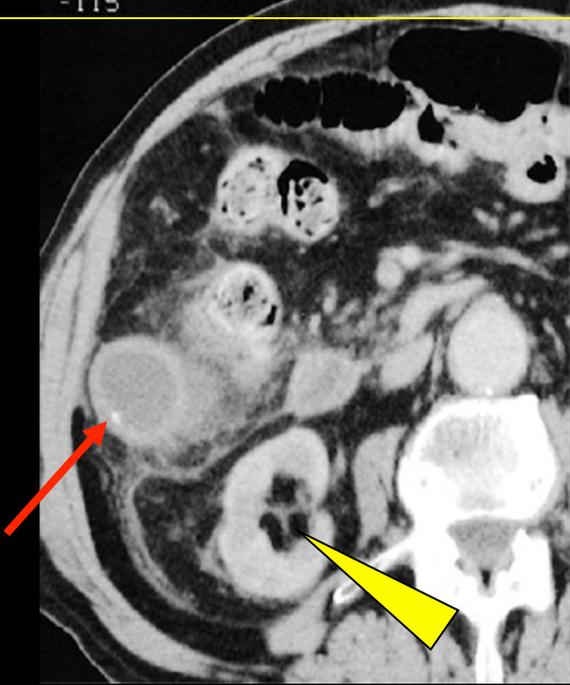
éventration médiane (hernie incisionnelle)

échographie « délicate » !!!

6. Quel est alors votre diagnostic?

6. Quel est alors votre diagnostic?

Cholécystite lithiasique



n 44
-100

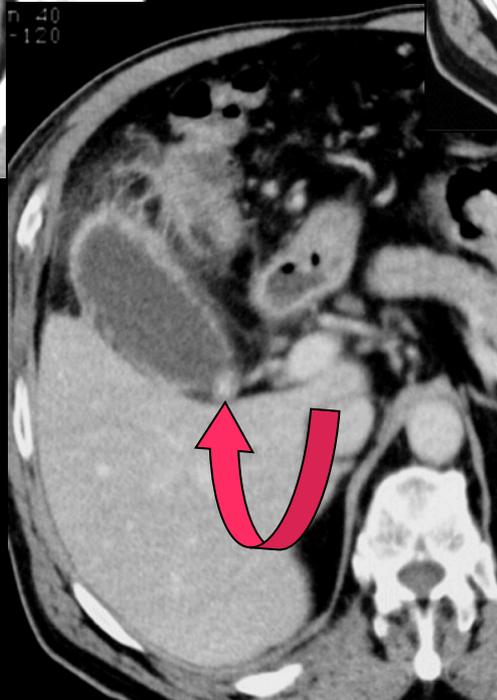


-85

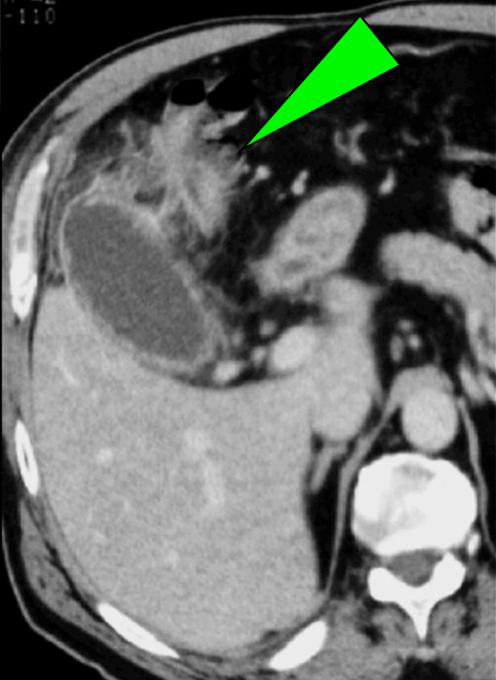


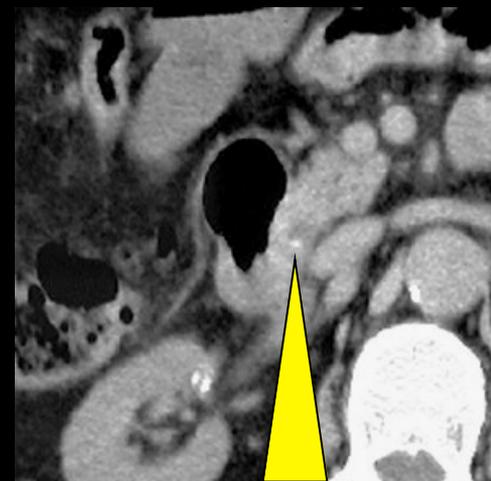
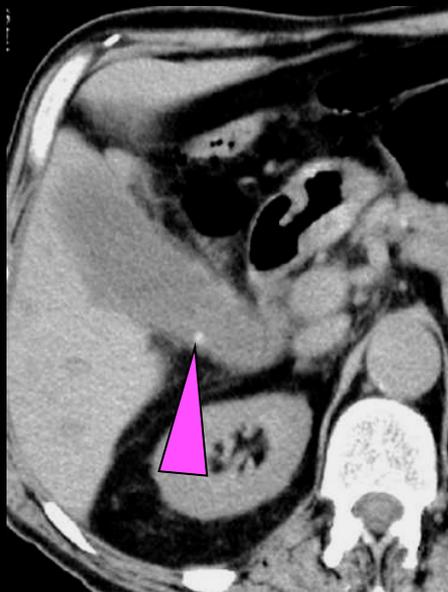
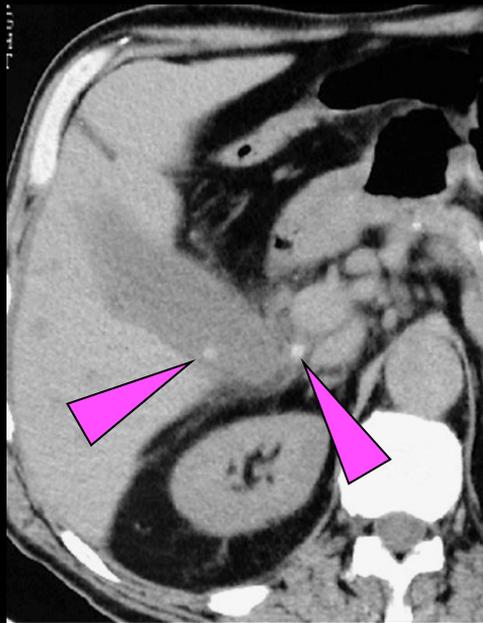
**cholécystite
lithiasique**

n 40
-120

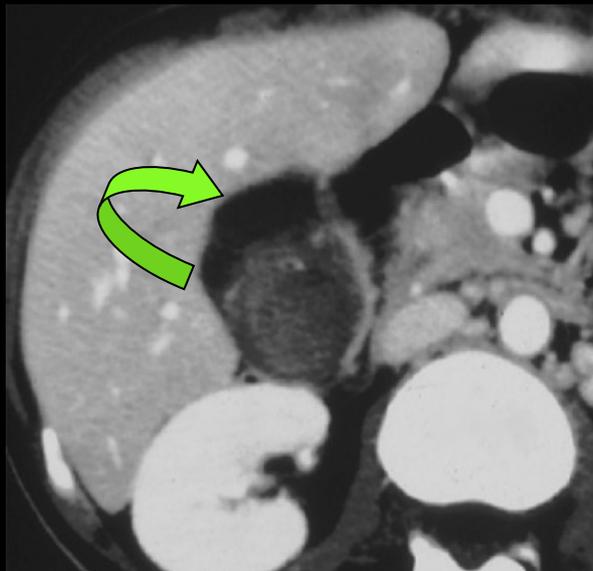
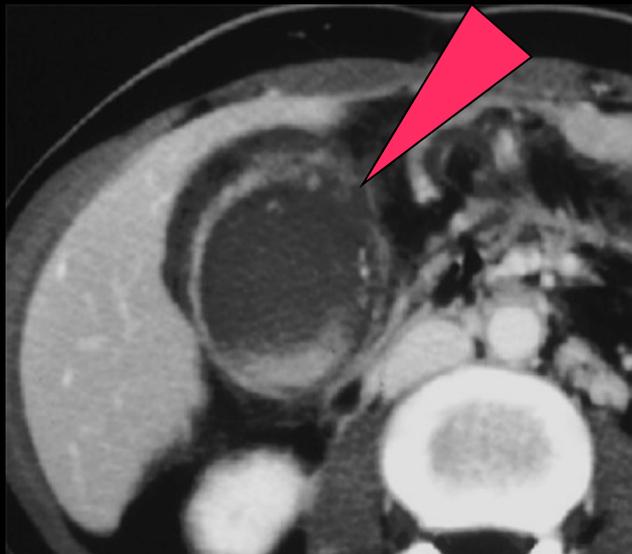


110

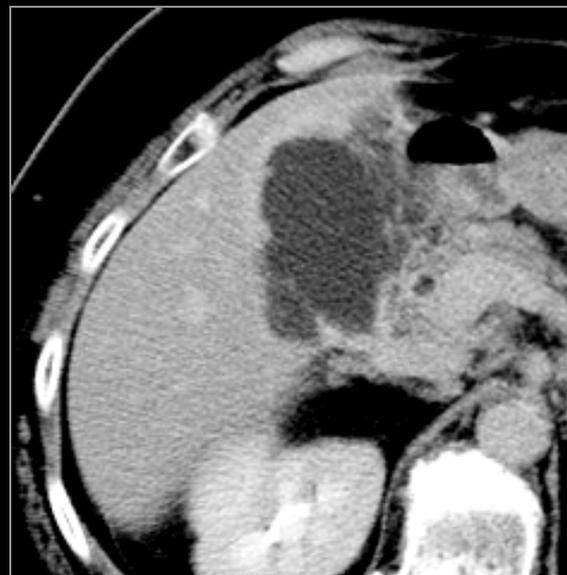
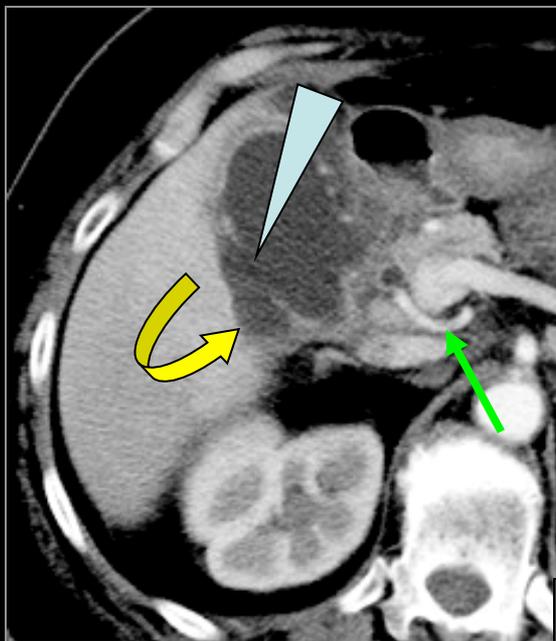




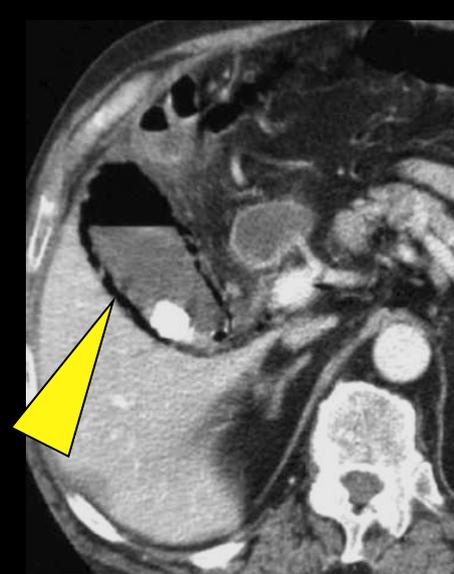
calculs de la VBP et cholécystite lithiasique



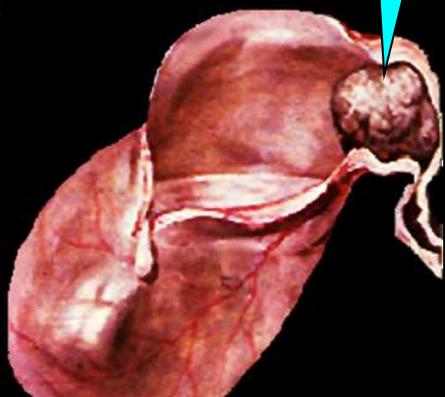
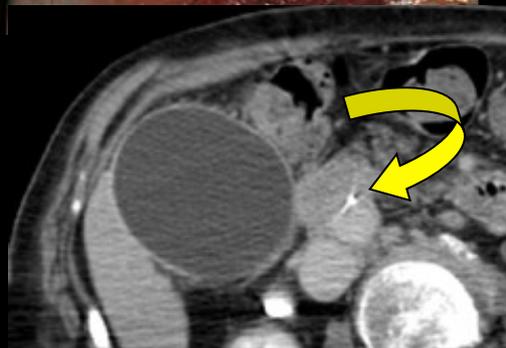
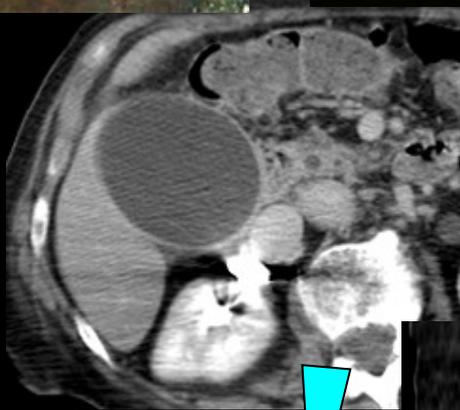
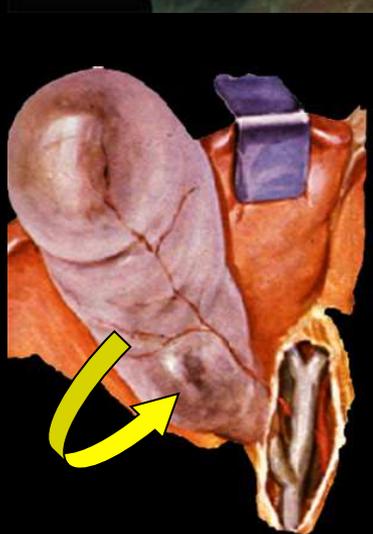
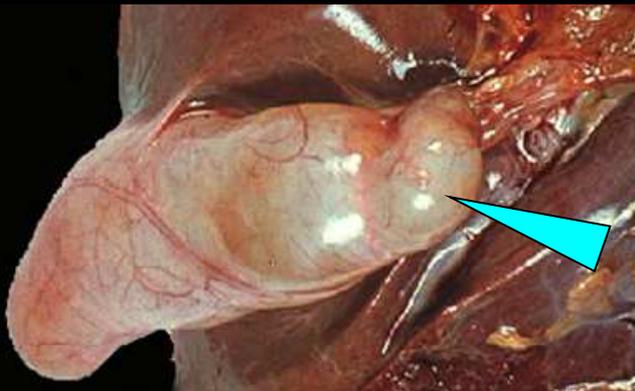
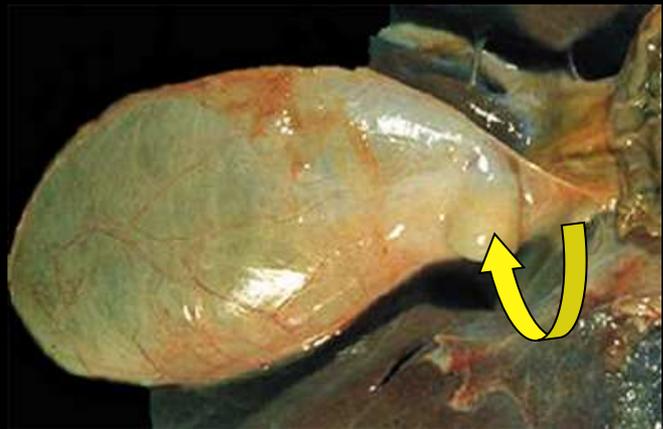
cholécystite
gangréneuse



cholécystite
gangréneuse



cholécystite emphysémateuse



hydrocholécyste = complication mécanique **chronique**

diagnostic différentiel des cholécystites aiguës

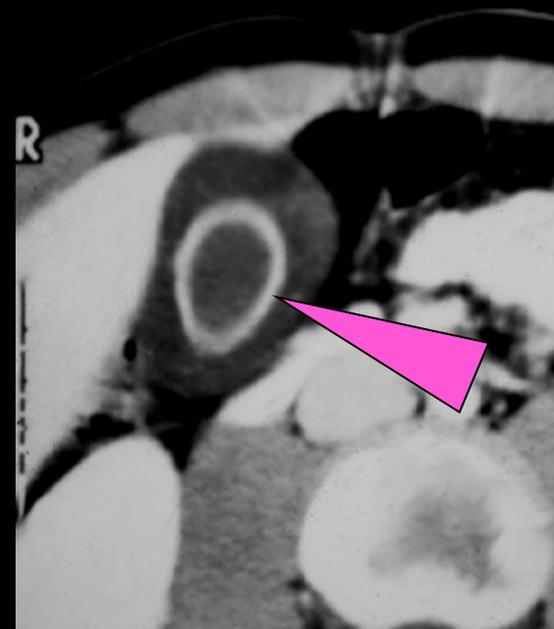
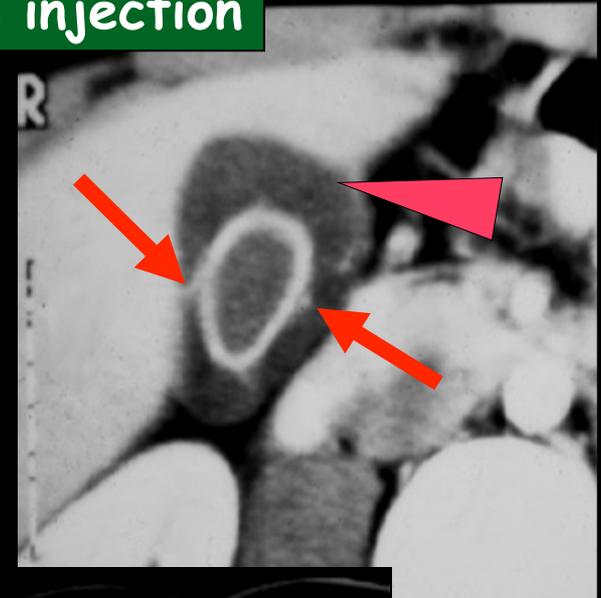
avant injection



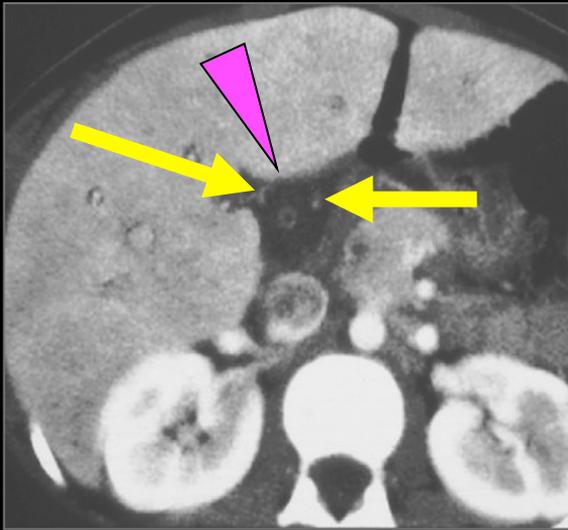
avt. inj.

après injection

70"



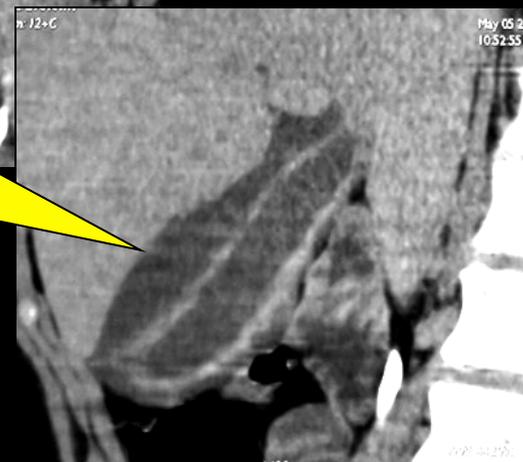
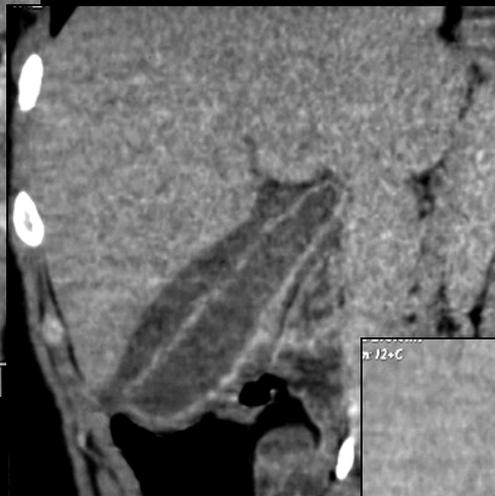
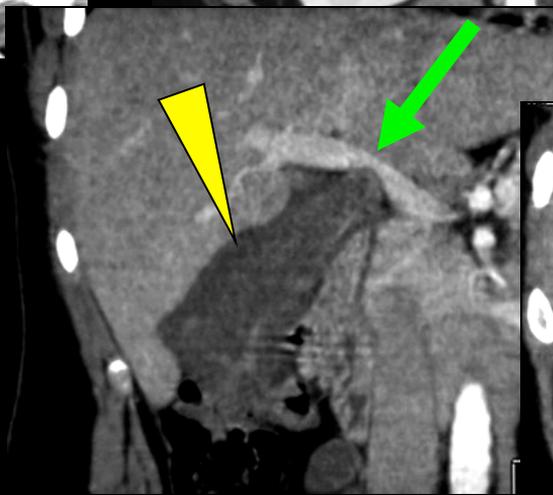
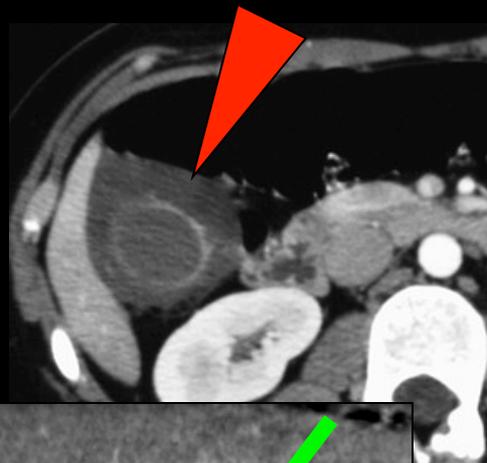
œdème de la paroi
vésiculaire
hépatite A, phase pré-ictérique



œdème de la paroi
vésiculaire
pyélonéphrite droite



œdème de la paroi
vésiculaire
insuffisance cardiaque
droite



œdème de la paroi
vésiculaire
hépatite

les causes d' épaissement de la paroi vésiculaire sont nombreuses:

oedème de la paroi vésiculaire

hépatite aiguë, en particulier épidémique A à la phase pré-ictérique

hypertension portale

syndrome d' hyperperméabilité capillaire (sépticémie à germes G -)

hypoprotidémies , ascite

insuffisance cardiaque droite

l' oedème de la paroi vésiculaire est fréquent chez les malades de réanimation

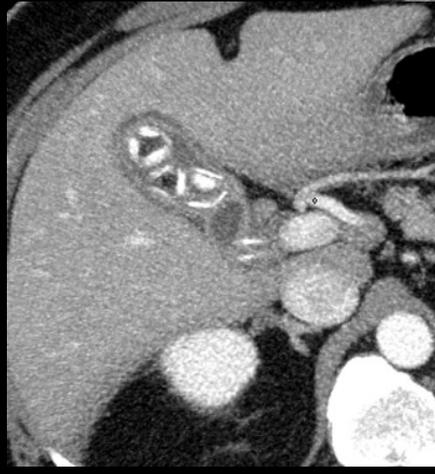
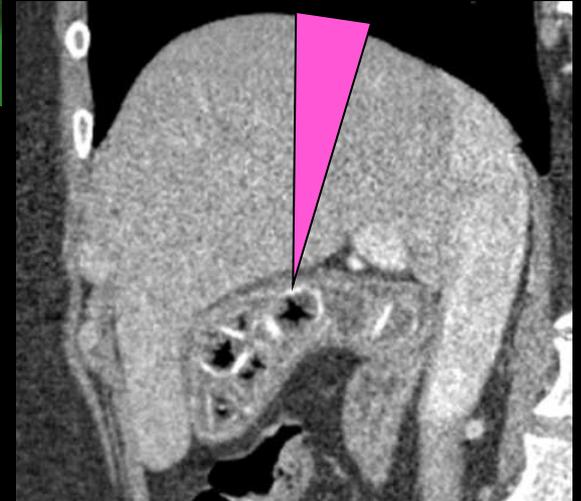
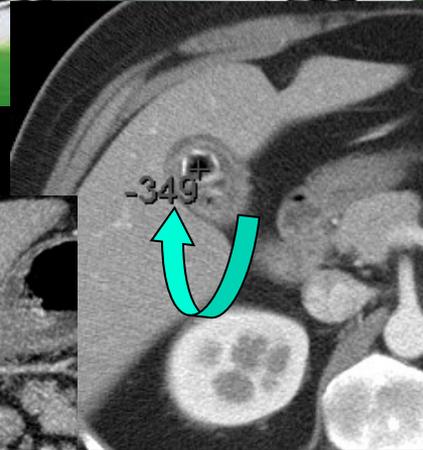
autres causes d' épaissement de la paroi vésiculaire

vésicule vide (malade à jeun +++)

choléstéroloses , adénomyomatose ,cholecystite chronique

ne pas méconnaître l'intérêt du scanner moderne pour le diagnostic des calculs biliaires (vésiculaires et de la VBP), en particulier grâce aux acquisitions volumiques

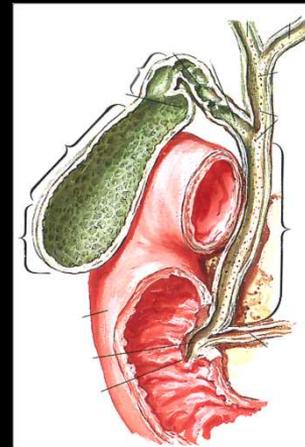
Il faut faire une acquisition avant injection de produits de contraste iodé. L'aspect des calculs et leur densité permettent de préciser leur nature chimique.



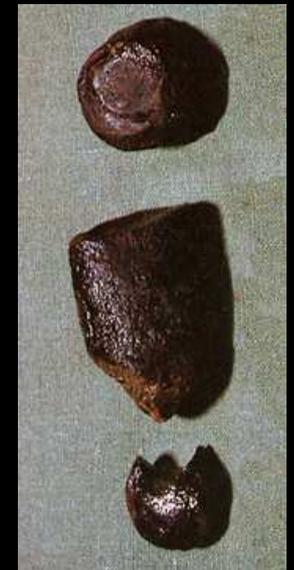
calculs cholestérolo-pigmentaires à centre gazeux « Mercedes-Benz sign »

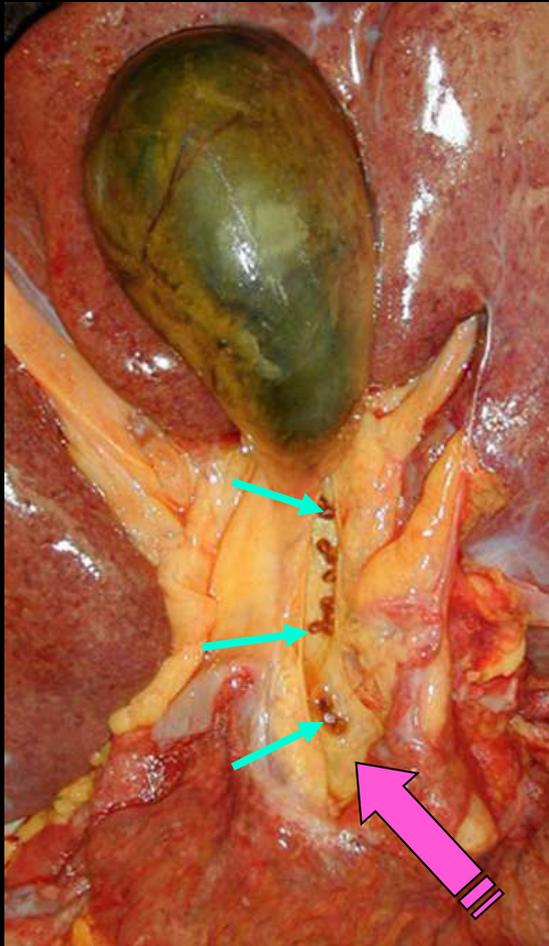


calculs de la vésicule biliaire



calculs de la VBP





**migration de calculs vésiculaires dans
une voie biliaire principale peu dilatée**



**coexistence de calculs
vésiculaires et de la VBP , de
natures chimiques différentes**

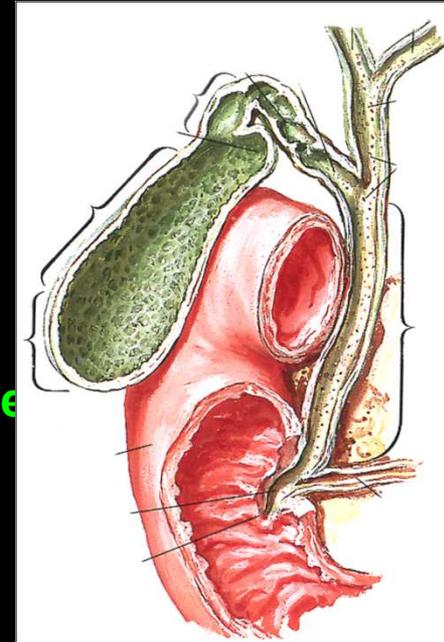
7. y a-t-il d'autres examens d'imagerie auxquels vous pourriez, ou le cas échéant devriez, recourir pour optimiser les décisions thérapeutiques ?

en cas de doute sur une lithiase de la VBP associée ou s'il y a des **éléments cliniques et biologiques en faveur d'une angiocholite**, on aura recours, **en urgence**, selon les disponibilités

à la **cholangio-IRM**

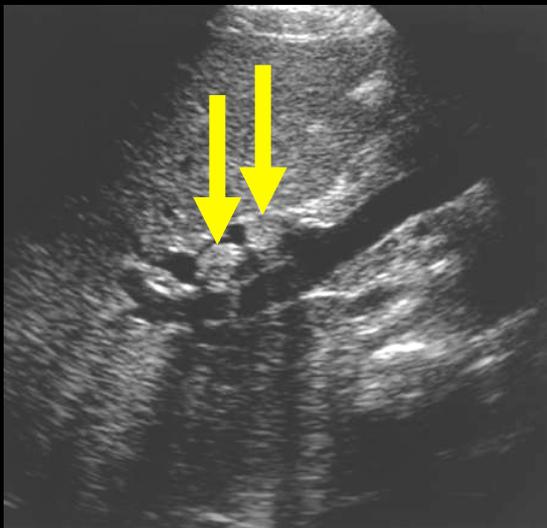
ou directement à la **CPRE** diagnostique ; le plus souvent suivie d'une **sphinctérotomie endoscopique**

à l'**intervention chirurgicale** en urgence avec exploration de la VBP et des VBH (**cholangiographie per-opératoire**), par laparotomie ou en coelochirurgie



Pour étudier la voie biliaire principale, on dispose de :

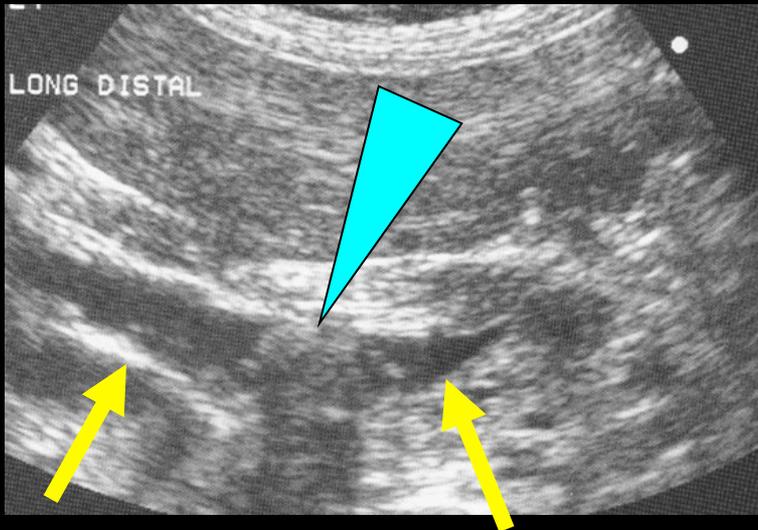
- **l'échographie** ; l'étude de la VBP doit obligatoirement compléter celle de la vésicule biliaire mais la sensibilité pour le diagnostic des calculs est faible (<50%)



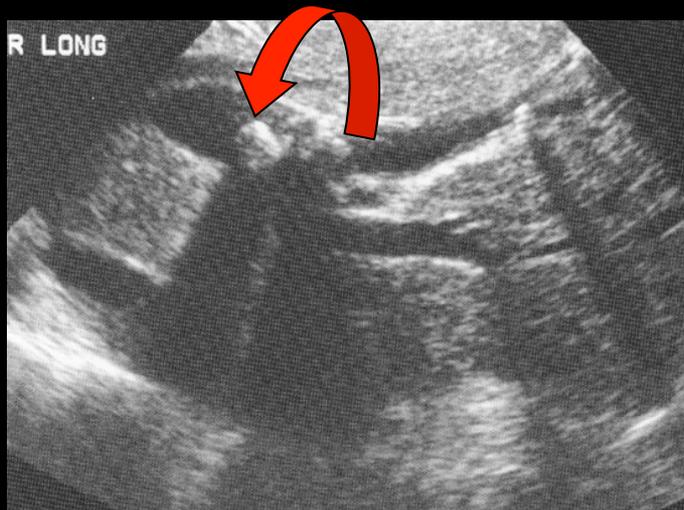
calculs dans un
cholédoque dilaté



calculs dans un
cholédoque peu
dilaté



**calcul dans un
cholédoque dilaté**

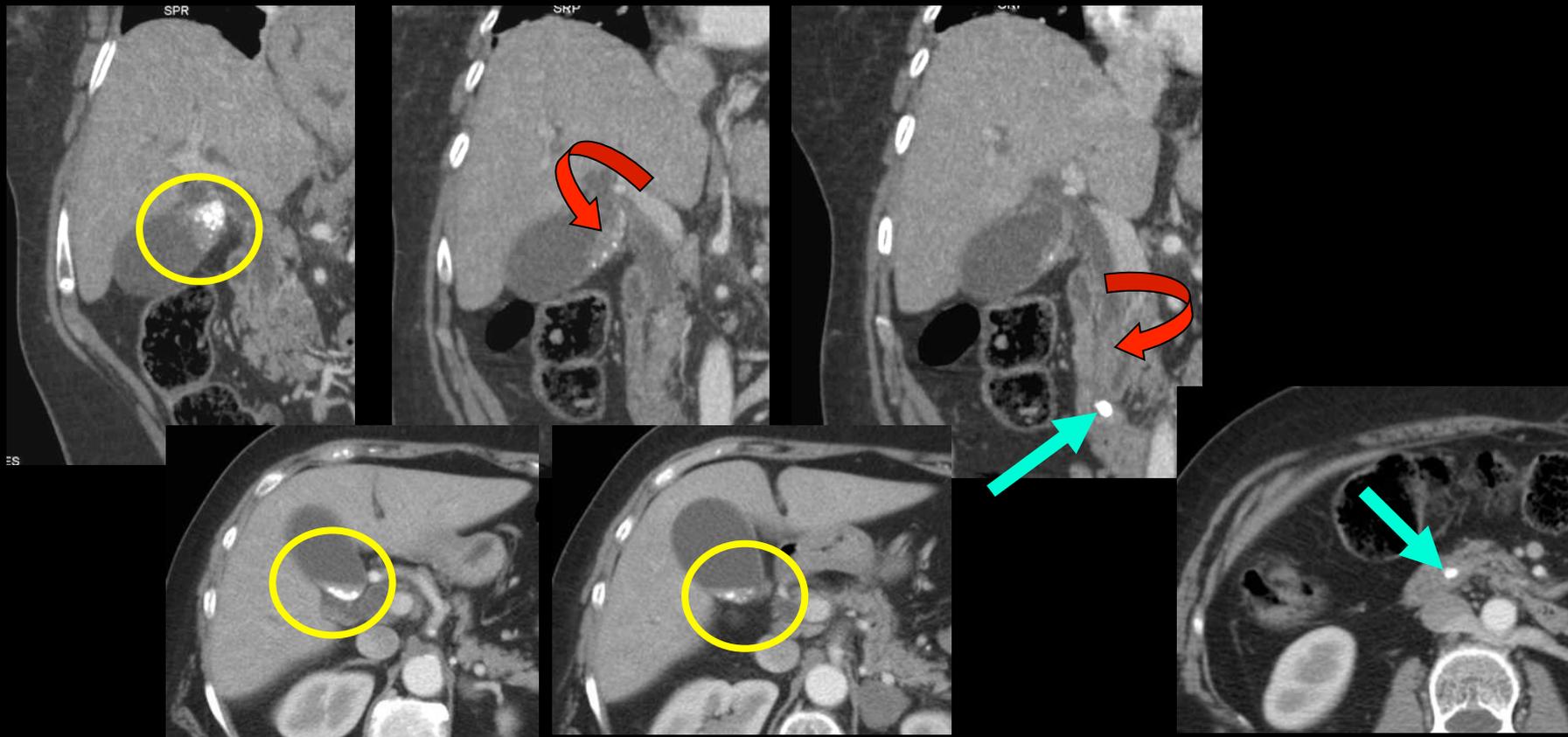


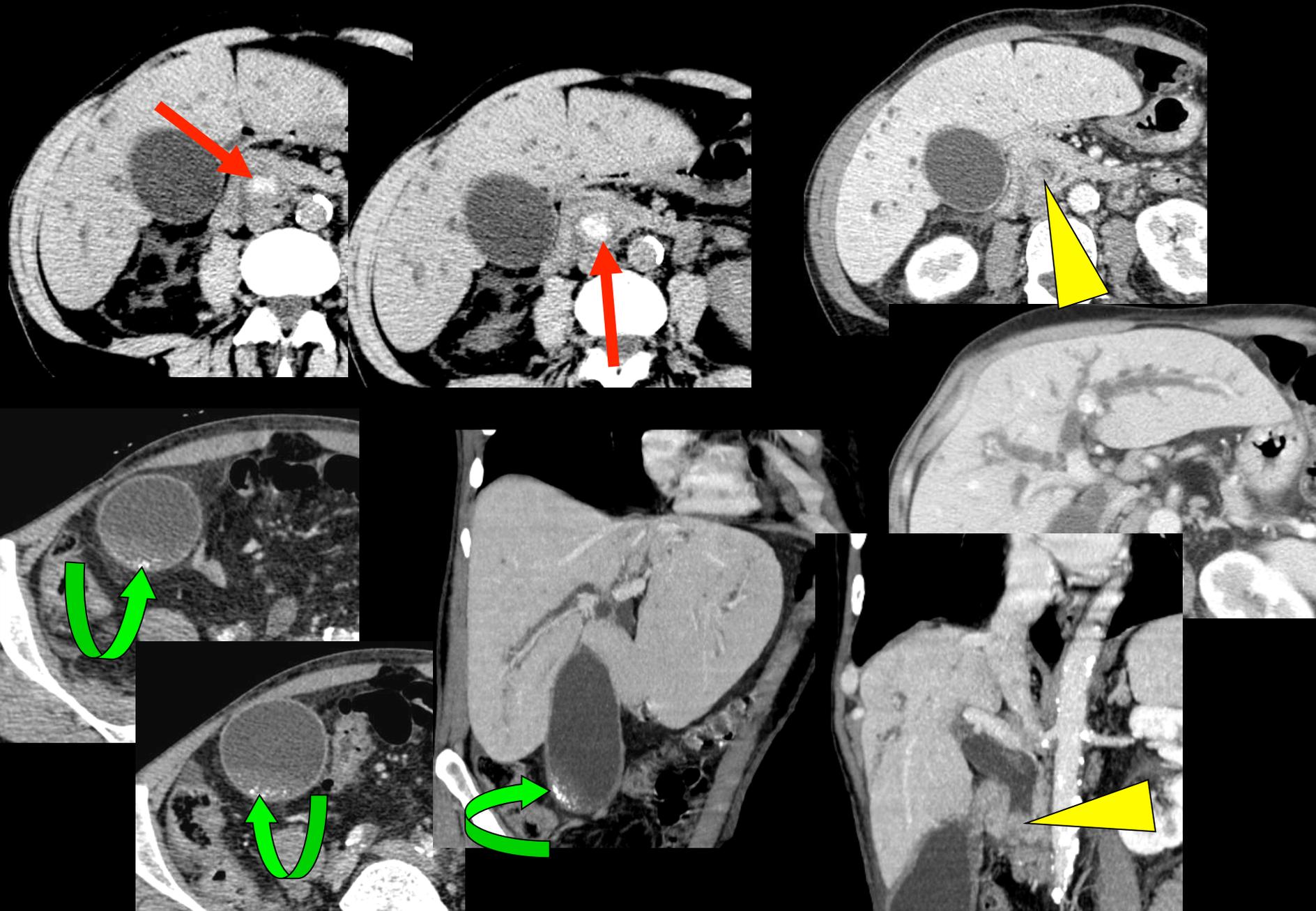
**calcul dans des
VBH dilatées**

Pour étudier la voie biliaire principale ,on dispose de :

-l' échographie

- **le scanner** sur les coupes avant injection peut montrer des calculs de la VBP , même si leur densité est faible (calculs pigmentaires bruns de bilirubinate de calcium; calculs mixtes cholestérol-pigmentaires)





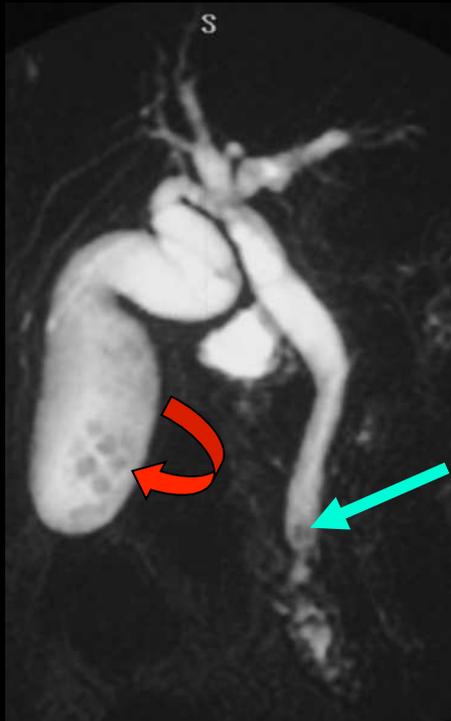
calcul pigmentaire brun de la VBP et petits calculs mixtes de la vésicule

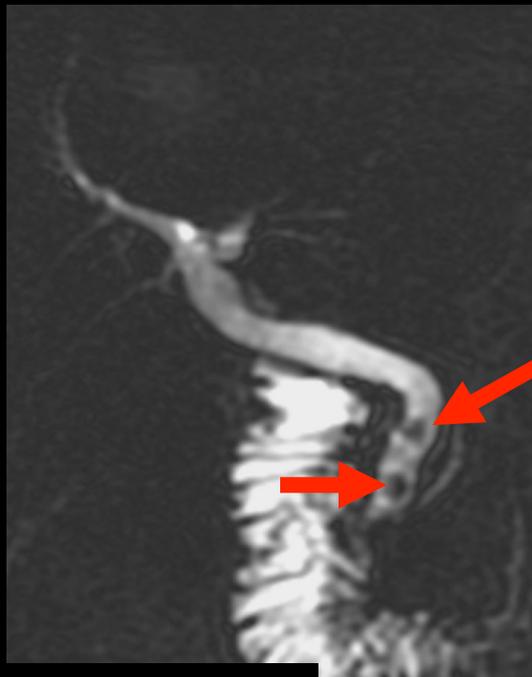
Pour étudier la voie biliaire principale ,on dispose de :

-l' échographie

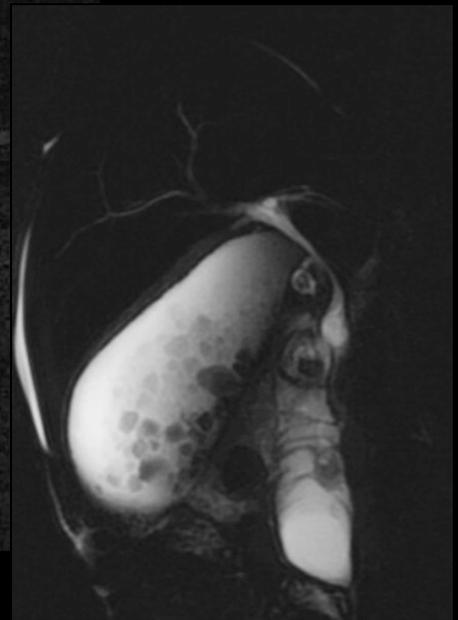
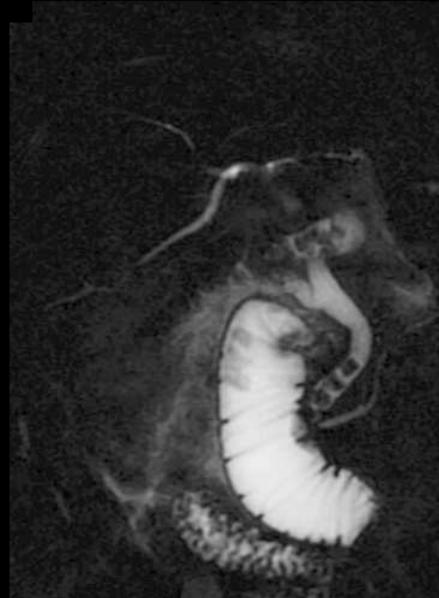
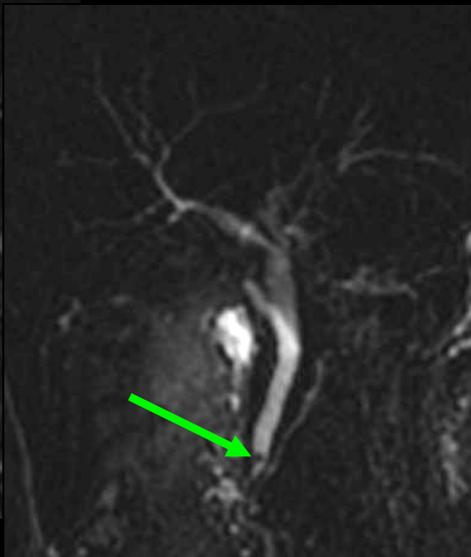
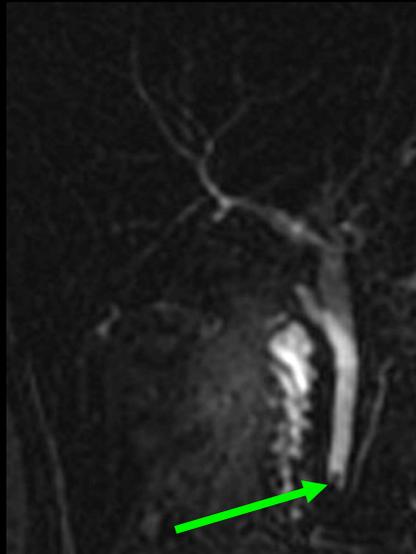
-le scanner

- **la cholangio-IRM** explore les **fluides stationnaires** sur les images en pondération T2 (hydro MR);elle fournit donc des images de l' ensemble des voies biliaires intra et extra hépatiques ,**sans injection de produit de contraste** et de façon rapide (durée de l' examen 15 minutes)





calculs de la VBP

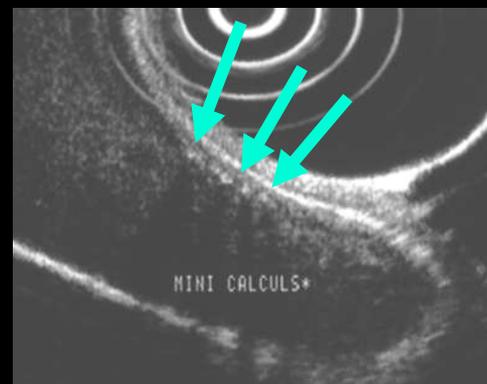
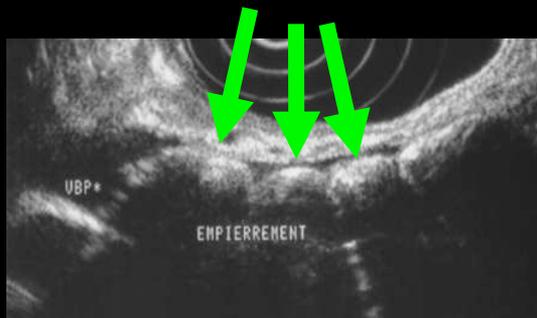
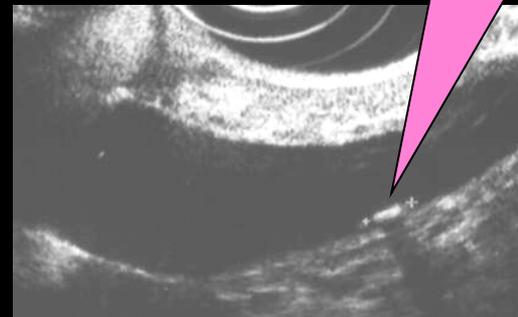
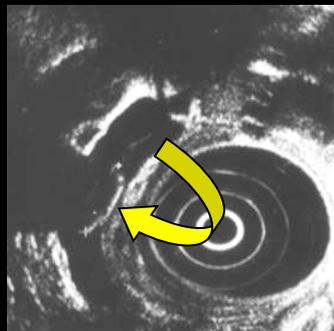


Pour étudier la voie biliaire principale, on dispose de

- l' échographie
- le scanner
- la cholangio-IRM



-l' **écho endoscopie** est l' examen qui a la meilleure résolution spatiale pour l' exploration de la **voie biliaire principale pédiculaire et intra pancréatique**. Mais elle est coûteuse, d' accès difficile et nécessite une anesthésie



lithiase(calculs!) de la VBP

lithiase(calculs!) vésiculaires

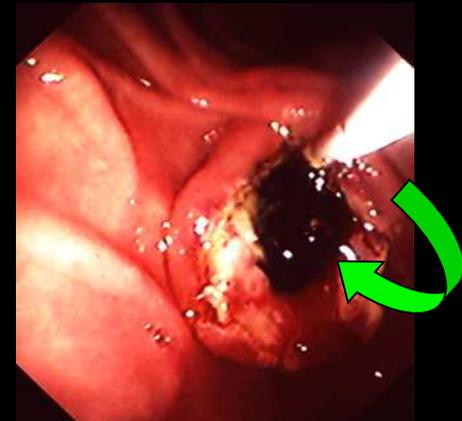
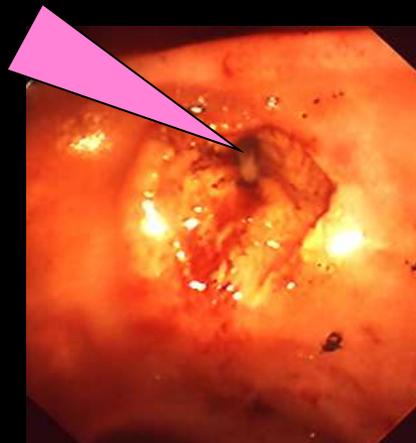
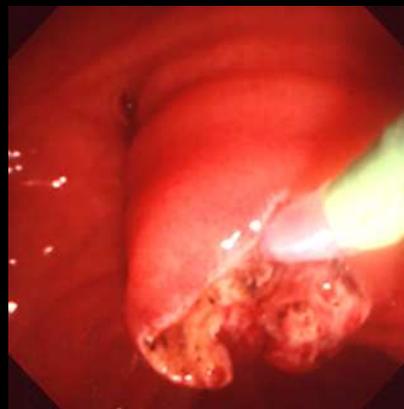
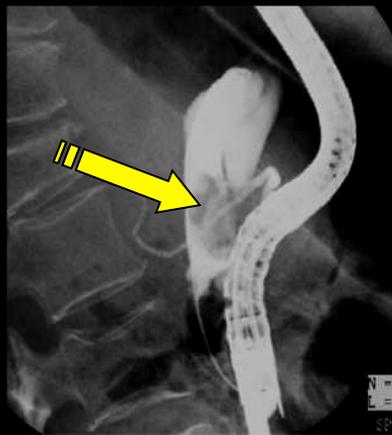
Pour étudier la voie biliaire principale ,on dispose de :

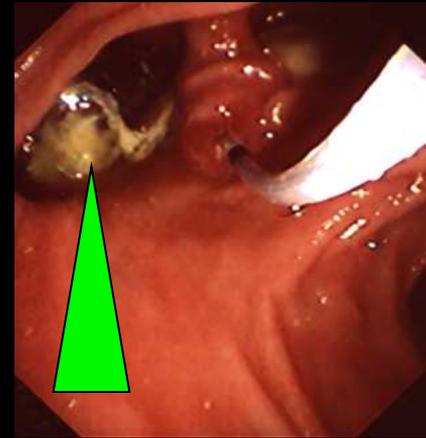
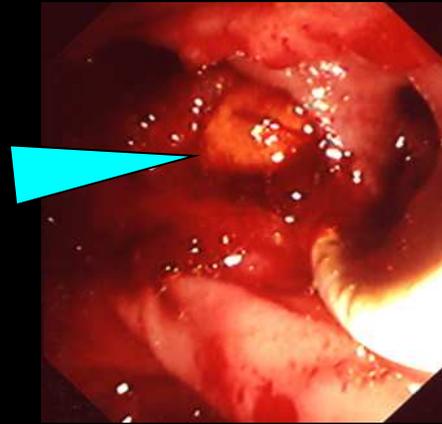
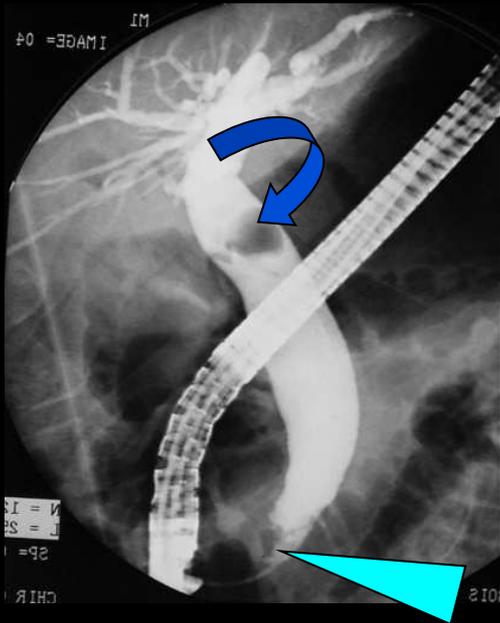
- l' échographie
- le scanner
- la cholangio-IRM
- l' écho endoscopie



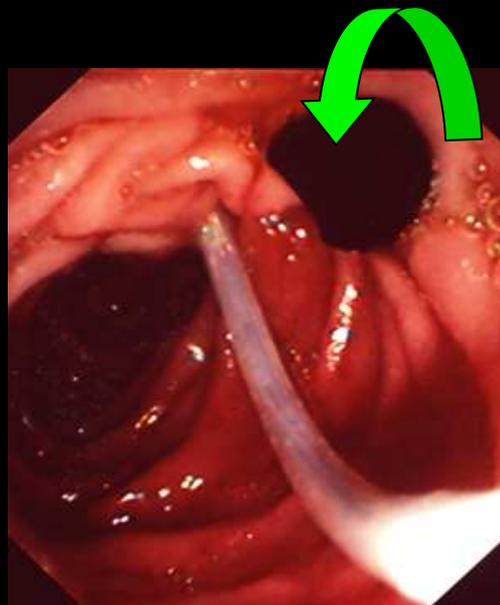
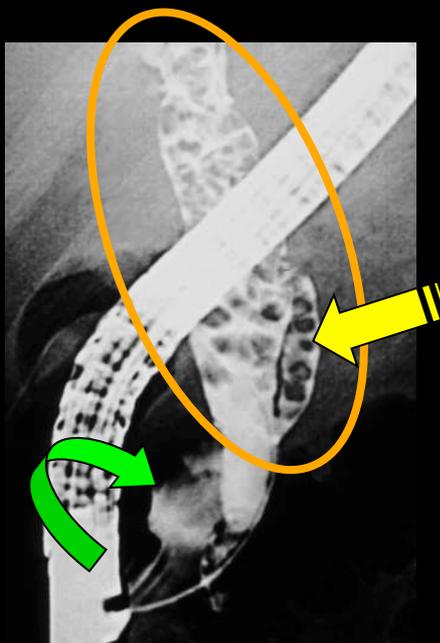
-la cholangio-pancréatographie rétrograde (CPRE) est un examen lourd ,réalisé sous anesthésie ,comportant des risques :
réaction pancréatique à l' opacification rétrograde sous hyperpression des canaux pancréatiques;
accidents infectieux (angiocholite « ascendante ») ...

Elle n' est plus réalisée que comme premier temps d' une sphinctérotomie endoscopique (mais il faut être sûr que celle-ci est nécessaire !! Donc avoir fait le diagnostic de présomption ou de certitude de la présence de calculs de la VBP !)





angiocholite sur lithiase de la VBP
« boue biliaire » = bile + pus !!



empierrement de la VBP
canal cystique bas implanté
diverticule para papillaire

8. Citez les éléments de la prise en charge initiale

- **Hospitalisation en milieu chirurgical**
- **A jeûn, glace sur le ventre**
- **Perfusion de sérum glucosé à 5% (2l/24h), Na et K**
- **Traitement antalgique et antispasmodique intraveineux**
- **Antibiothérapie intraveineuse**
- **Bilan préopératoire avec TP, TCK, groupe, Rhésus, RAI, ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie (car DNID : diabète non-insulino dépendant), radiographie pulmonaire, ECG.**
- **Chirurgie : cholécystectomie, si possible par cœlioscopie en semi-urgence, après refroidissement.**
- **Si sujet à risque, drainage percutané et cholécystectomie dans les mois qui suivent.**
- **Conversion en laparotomie éventuellement**

EN RESUME

- **colique hépatique douleur biliaire**

cholecystectomie « à froid », « programmée », sous coelio . Exploration de la VBP par cholangio-IRM (ou écho-endoscopie) pré-op ou par cholangiographie per-opératoire

- **cholécystite aiguë**

traitement antibiotique probabiliste (BGN et anaérobies)
après hémoculture
traitement symptomatique

cholécystectomie rapide si évolution < 48-72 heures
drainage transpariétal (cholécystotomie) +antibiotiques
si évolution > 3-4 jours et si remaniements
importants : plastron ; dissection difficile ..puis
cholécystectomie « à froid » dif(érée 4 à 6
semaines)

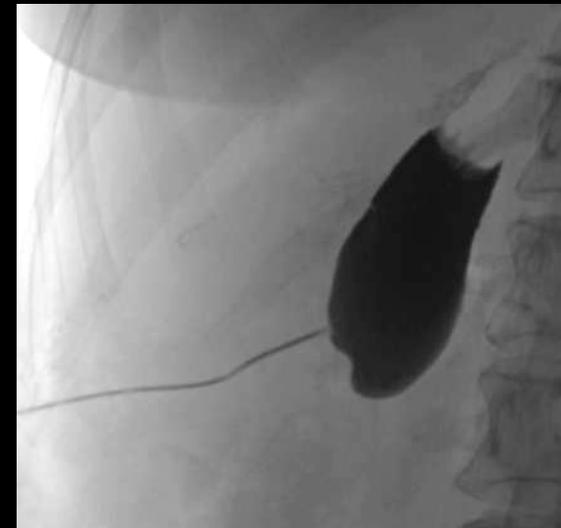
- **angiocholite aiguë** :réanimation médicale + **libération de la VBP en urgence** (endoscopie +++) puis cholécystectomie différée.

Drainage vésiculaire

- Bilan crase + plaquettes
- Couplage échographie + fluoroscopie
- Anesthésie locale
- Repérage échographique de la vésicule
- Voie intercostale ou sous-costale droite
- Ponction de la vésicule sous guidage écho à l'aiguille 5F/20 cm : trajet transhépatique +++
- Prélèvement pour bactériologie +/- anapath
- Opacification vésiculaire

IT ARMAND
-20

26-Nov-06

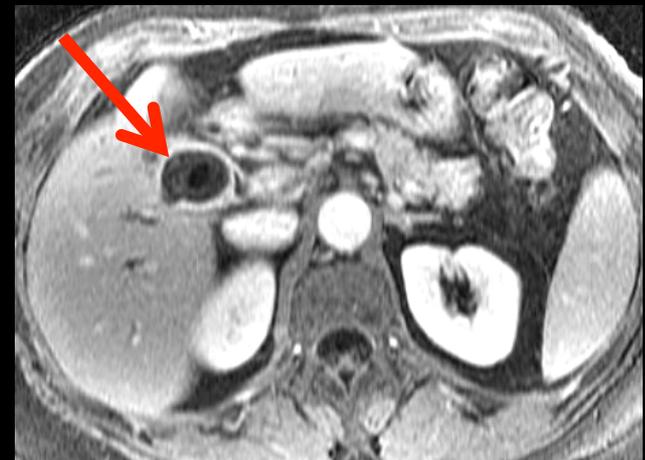
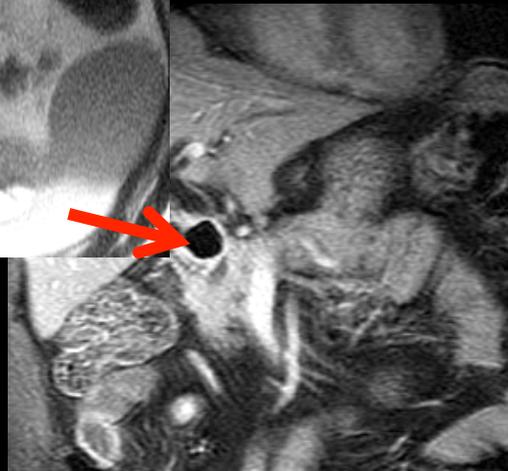
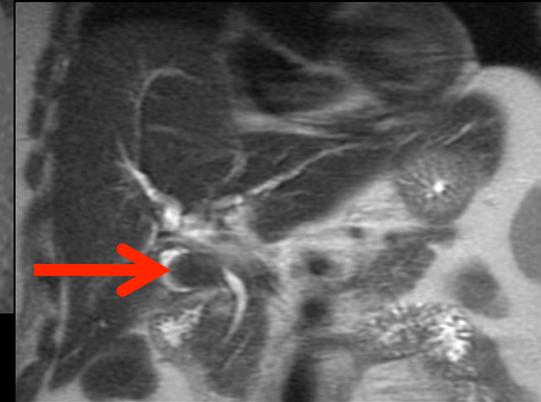
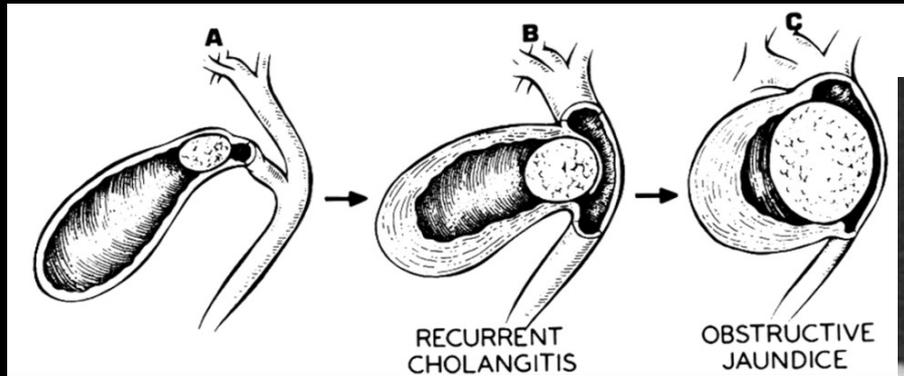


9. Citez les autres complications de la lithiase vésiculaire.

- Colique hépatique
- Hydrocholécyste
- Cholécystite aiguë
- Pyocholécyste
- Cholécystite gangréneuse
- Cholécystite emphysémateuse
- Cholécystite scléro-atrophique
- **Syndrome de Mirizzi**
- **Péritonite biliaire**
- **Fistule cholécysto-digestive et iléus biliaire**
- **Migration lithiasique dans la VBP**
- **Angiocholite**
- **Pancréatite**
- **Cancer vésiculaire**

Syndrome de Mirizzi :

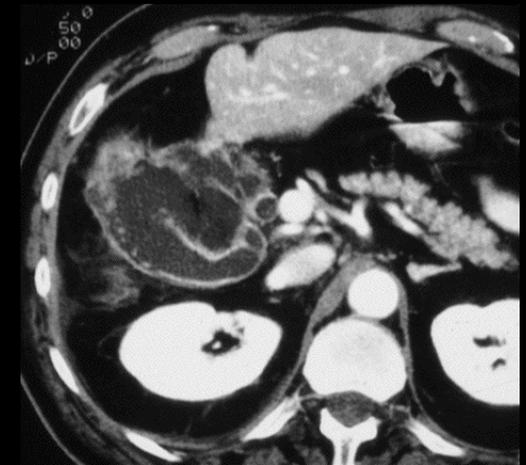
Compression de la VBP par un calcul enclavé dans le canal cystique.
C' est une cause (rare) d' ictère, il faut éliminer une compression tumorale



Péritonite biliaire :

-localisée (abcès sous-phrénique droit centré sur la vésicule avec fièvre oscillante à 39-40°C et réaction pleurale en regard)

-ou généralisée (contracture abdominale) ; cholépéritoïne .

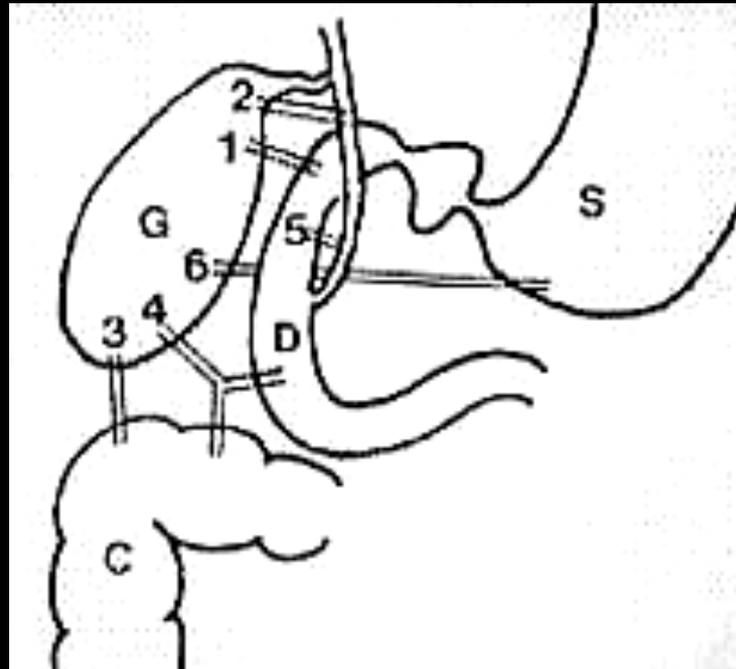
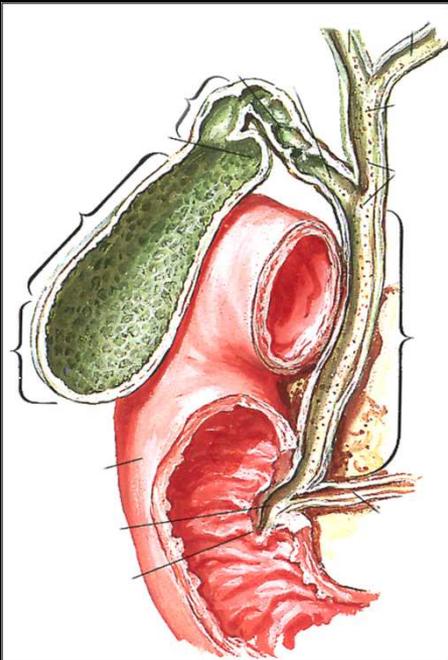


Fistule cholécysto-digestive et iléus biliaire :

Remaniements inflammatoires locaux et fistulisation entre la vésicule et le duodénum, l'estomac ou le colon.

Les calculs peuvent passer directement de la vésicule au tube digestif, entraînant un tableau d'occlusion du grêle, avec des vomissements précoces, des douleurs abdominales et un arrêt du transit.

L'ASP montre des niveaux hydro-aériques, plus larges que hauts.



Au scanner, une aérobie et une image lithiasique dans le grêle sont très évocateurs.



Pancréatite :

Pancréatite oedémateuse plus souvent que nécrotico-hémorragique (pronostic plus réservé : mortalité de 20%).

Les étiologies lithiasique et alcoolique sont les plus fréquentes (autres causes : infectieuse, hyperlipidémie, médicamenteuse, iatrogène...), les examens d'imagerie rechercheront donc une lithiase biliaire (écho, TDM, CP-IRM), permettent d'établir un indice de gravité (Balthazar) et le suivi des lésions (coulées, faux-kystes...)

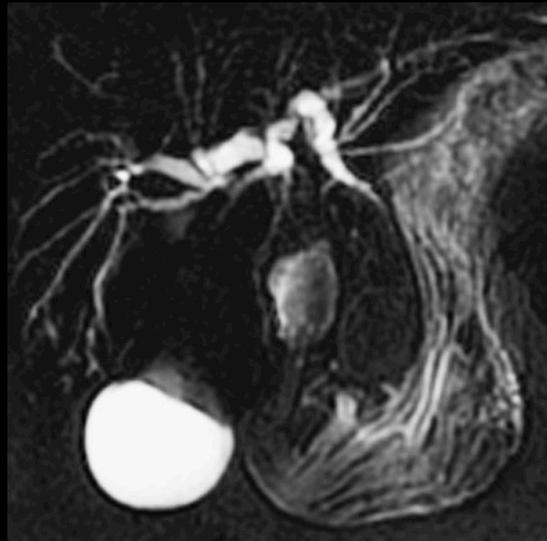
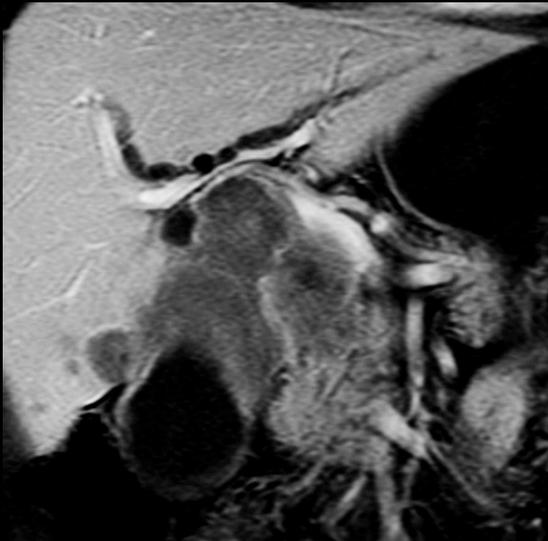


Cancer vésiculaire :

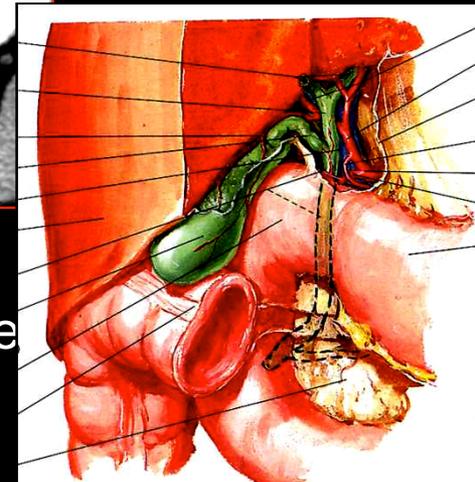
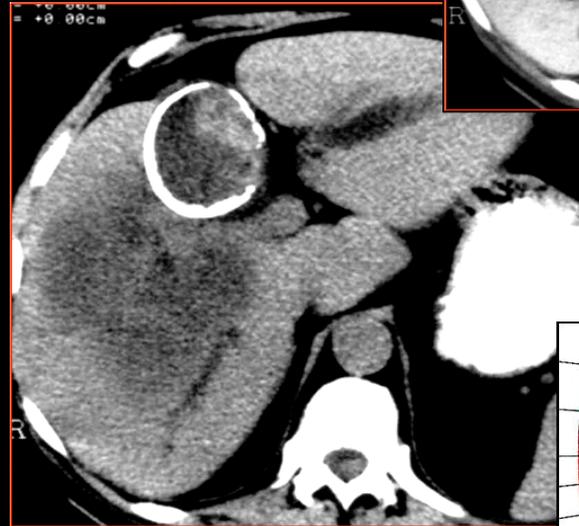
Il peut être découvert à un stade précoce lors de l'analyse anatomopathologique de la pièce de cholécystectomie.

Si la lésion est symptomatique, découverte à un stade plus avancé, elle se manifeste par un syndrome de masse, un ictère, une AEG avec nausées et vomissements.

La présence de calculs et les lésions de cholécystite chronique favorisent la survenue du cancer ou calculo-cancer.



Parfois, la paroi de la vésicule est incrustée de calcium : vésicule porcelaine



L'extension du cancer est surtout ganglionnaire et hépatique